

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 25 avril 1901, à 1 heure

PAR

André MONRAISSE

Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Médaille de Bronze de l'Assistance publique

DE LA COQUELUCHE

Son pronostic à l'hôpital

Statistique de l'Hôpital des Enfants-Assistés (1890-1900)

Président : M. HUTINEL, Professeur.

BROUARDEL, Professeur.

*Juges : MM. { THOINOT, Agrégé.
WURTZ, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET

PARIS. — 36, Rue Serpente. — PARIS

(EN FACE LA FACULTÉ DE MÉDECINE)

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 25 avril 1901, à 1 heure

PAR

André MONRAISSEAncien externe des Hôpitaux de Paris
Médaille de Bronze de l'Assistance publique

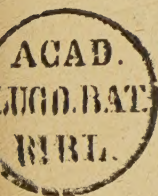
DE LA COQUELUCHE

Son pronostic à l'hôpital

Statistique de l'Hôpital des Enfants-Assistés (1890-1900)

Président : M. HUTINEL, Professeur.

Juges : MM.	{	BROUARDEL, Professeur.
		THOINOT, Agrégé
		WURTZ, Agrégé.



Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET

PARIS. — 36, Rue Serpente. — PARIS

(EN FACE LA FACULTÉ DE MÉDECINE)

1901

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen
Professeurs

Anatomie
 Physiologie.....
 Physique médicale.....
 Chimie organique et chimie minérale.....
 Histoire naturelle médicale.....
 Pathologie et thérapeutique générales
 Pathologie médicale.....
 Pathologie chirurgicale.....
 Anatomie pathologique.....
 Histologie.....
 Opérations et appareils.....
 Pharmacologie et matière médicale.....
 Thérapeutique.....
 Hygiène.....
 Médecine légale.....
 Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
 Pathologie comparée et expérimentale.....

Clinique médicale.....

Clinique des maladies des enfants.....
 Clinique des maladies syphilitiques.....
 Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....
 Clinique des maladies nerveuses.....

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....
 Clinique des voies urinaires.....
 Clinique d'accouchements.....

M. BROUARDEL
 MM.

FARABEUF.
 CH. RICHT.
 GARIEL.
 GAUTIER.
 BLANCHARD.
 BOUCHARD.
 HUTINEL.
 BRISSAUD.
 LANNELONGUE.
 CORNIL.
 MATHIAS DUVAL.
 BERGER.
 POUCHET.
 LANDOUZY.
 PROUST.
 BROUARDEL.
 N.....
 CHANTEMESSE.

DEBOVE.
 JACCOUD.
 HAYEM.
 DIEULAFOY.
 GRANCHER.
 FOURNIER.

JOFFROY.
 RAYMOND
 TERRIER.
 DUPLAY.
 LE DENTU.
 TILLAUX.
 PANAS.
 GUYON.
 PINARD.
 BUDIN.

Agrégés en exercice.

MM.
 ACHARD.
 ALBARRAN.
 ANDRL.
 BONNAIRE.
 BROCA Auguste.
 BROCA André.
 CHARRIN.
 CHASSEVANT.
 DELBET.
 DESGREZ.

MM.
 DUPRÉ.
 FAURE.
 GAUCHER.
 GILLES DE LA
 TOURETTE.
 HARTMANN.
 LANGLOIS.
 LAUNOIS.
 LEGUEU.
 LEJARS.

MM.
 LEPAGE.
 MARFAN.
 MAUCLAIRE.
 MENÉTRIER.
 MERY.
 ROGER.
 SEBILEAU.
 TEISSIER.
 THIERY.

MM.
 THIROLOIX.
 THOINOT.
 VAQUEZ.
 VARNIER.
 WALLICH.
 WALTHER.
 WIDAL.
 WURTZ.

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MON PÈRE

MONSIEUR LE DOCTEUR MONRAISSE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Médecin des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur.

AVANT-PROPOS

Sacrifiant à la tradition, mais aussi guidé par un sentiment de profonde reconnaissance, nous sommes heureux de pouvoir exprimer ici tous nos remerciements aux maîtres, qui, durant le cours de nos études médicales, ne nous ont ménagé ni leurs conseils ni leur enseignement.

Les premières notions de l'art chirurgical nous furent données par MM. les docteurs Peyrot et Guinard. M. le docteur Huchard nous initia aux difficultés de l'auscultation. Ils ont droit à toute notre gratitude.

M. le docteur Gérard-Marchant, chirurgien de l'hôpital Boucicaut, se montra pour nous le maître éminent, plein de sollicitude et de bienveillance. Nous garderons un souvenir ineffaçable de la sympathie qu'il nous a témoignée dans des circonstances récentes.

Dans notre deuxième année d'externat, nous eûmes la

bonne fortune de devenir une deuxième fois l'élève de M. le docteur Rendu, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Necker. Nous lui serons toujours reconnaissant des leçons essentiellement cliniques, qu'il nous a données et nous regretterons vivement la brièveté des quelques mois passés dans son service.

Nous fûmes assez heureux pour accomplir notre stage d'accouchement chez M. le professeur Pinard. Nous n'oublierons jamais son enseignement obstétrical, qu'il expose avec tant de clarté et qu'il défend avec tant d'ardeur.

M. le professeur Hutinel nous admit dans son service pour notre dernière année d'externat. Avec un dévouement égal à sa bonté, il nous fit profiter de sa connaissance approfondie des maladies de l'enfance. Il nous témoigna même sa bienveillance, d'une façon toute spéciale, en nous donnant le sujet de notre thèse, à la soutenance de laquelle, il nous fait l'insigne honneur de vouloir bien présider.

Qu'il daigne recevoir ici l'expression de notre profonde gratitude.

INTRODUCTION

En 1682, Willis écrivait en parlant de la coqueluche : « Cette affection, caractérisée par des quintes de toux et des accès de suffocation, est due à une double cause : une irritation vive et fréquente des poumons, qui invite constamment à rejeter par la toux une matière gênante, et une disposition spasmodique des parties motrices du thorax, dont l'excitation amène une toux irrégulière et convulsive. » Telle fut la première description de ce qu'on appelait alors *tussis puerorum convulsiva*.

La pathogénie de cette affection resta longtemps obscure, et au commencement du XIX^e siècle, Laennec se prononça très nettement contre sa contagiosité : « La coqueluche, disait-il, est une maladie à frigore, se développant le plus souvent à la suite du passage du chaud au froid (1). »

Stoll, Billard, Ozanam, avaient émis la même idée. L'opinion de pareils maîtres ébranla momentanément les

(1) LAENNEC. — Traité de l'auscultation médiate.

convictions. Mais bientôt, Trousseau, combattant les théories de ses illustres prédécesseurs, fixait définitivement la véritable pathogénie de la coqueluche. « Cette affection, ajoutait-il, est une maladie transmissible de l'homme à l'homme, cela implique nécessairement l'idée de spécificité. Il ne peut, en effet, y avoir contagion sans un germe de nature spéciale, susceptible de se développer dans le terrain qui lui convient, de se reproduire en manifestant son action par des phénomènes toujours identiques (1). »

Dès lors des recherches bactériologiques furent tentées. Tour à tour Poulet et Burger, Afanassieff, Deichler, Kourlow, Czaplewsky et Cavasse nous donnèrent la description de différentes bactéries. Aucune découverte ne fut véritablement probante. Néanmoins, bien qu'on ne connaisse pas encore d'une façon précise le microbe spécifique de la coqueluche, il est difficile de douter de son existence.

Ayant rappelé à grands traits l'historique de cette affection et n'ayant nullement la prétention de donner une description complète et nouvelle de la coqueluche, nous nous bornerons à en étudier le pronostic.

Il nous a, en effet, paru intéressant d'examiner le caractère de gravité que peut revêtir cette maladie, suivant le milieu où elle se développe.

Après avoir montré combien cette affection est

(1) TROUSSEAU. — *Clinique médicale*, t. II.

bénigne en clientèle, nous insisterons davantage sur ce fait, que la coqueluche est très meurtrière à l'hôpital. Nous terminerons en produisant le relevé des cas qui ont été observés à l'hôpital des Enfants-Assistés de 1890 à 1900. Et nous basant sur les résultats acquis, nous développerons les moyens mis en œuvre et les améliorations opérées pour combattre cette maladie chez les enfants hospitalisés.



CHAPITRE I^{er}

La coqueluche est en général une affection légère. On la classe parmi les petites maladies auxquelles l'enfance est soumise. Son pronostic effraie peu et sa terminaison heureuse semble affermir cette opinion. Cependant, sans être taxé de pessimisme, il est sage de faire quelques restrictions. Car, si les gens du monde augurent bien de cette maladie, il faut aussi reconnaître que, transportée dans un autre lieu, l'hôpital, la coqueluche revêt un caractère de gravité tout spécial.

Lorsque, en clientèle, on est appelé à donner ses soins aux coquelucheux, il est facile de constater combien cette affection évolue d'une façon satisfaisante. L'enfant est en général bien constitué, il s'est développé au milieu du bien-être, son alimentation a été suffisante, on n'a rien négligé pour son hygiène; en un mot on se trouve en présence d'un être fait pour la lutte et prêt à résister. La maladie l'atteint, mais ne le terrasse pas.

Le terrain sur lequel évolue la coqueluche laisse donc

peu à désirer ; en est-il de même du milieu ? Assurément, puisque les parents peuvent la plupart du temps satisfaire aux prescriptions du médecin. On met à la disposition du petit malade deux chambres, qu'il occupe tour à tour dans les vingt-quatre heures, ou bien on l'isole dans une chambre spacieuse et bien aérée. S'il fait beau, on le fait vivre au grand air, loin des grandes agglomérations et de l'atmosphère viciée des villes. Il est ainsi plus à l'abri des complications si néfastes dans la coqueluche. L'isolement dans lequel on le met, l'empêche de contaminer ses voisins. Finalement on peut dire qu'on remplit les conditions les meilleures pour sa guérison : « Vêtements chauds en hiver, légers en été, aliments nourrissants et de facile digestion, en toute saison exposition à l'air, combinée avec des exercices musculaires (1). »

Mais, nous objectera-t-on, dans la classe pauvre il vous sera difficile de réaliser toutes ces conditions. Nous ne pouvons malheureusement que constater, combien sont limités les soins prophylactiques dont sont entourés ces enfants peu favorisés.

Sujets souvent affaiblis par les privations de toute sorte, peu à l'abri de la contagion, ils ont à souffrir du milieu où ils vivent. Ici, en effet, le petit malade n'a plus deux chambres à sa disposition, il est obligé de vivre au milieu de toute la famille, parfois dans une seule et même chambre mal aérée et toujours insuffisante. On

(1) DANIEL MACLEAN. — *The Glasgow medical journal* (novembre 1872).

comprend que, dans de pareilles conditions, les coquelucheux opposent moins de résistance, soient plus touchés et plus longs à se remettre.

Le pronostic est-il de ce fait beaucoup modifié ? Très peu ; ces enfants luttent en effet pour la plupart victorieusement et il est peu fréquent de trouver parmi eux une mortalité dépassant 2 ou 3 %.

Cependant, malgré les faveurs dont semble bénéficier l'enfant non hospitalisé, il est des cas où la coqueluche prend un caractère de gravité assez inquiétant. Lorsqu'en effet cette affection évolue sous forme épidémique, avec une rapidité, on pourrait presque dire foudroyante, lorsqu'une maladie intercurrente vient se greffer sur elle, on a à craindre toutes les complications. L'intensité et la fréquence des quintes de toux, l'association microbienne et l'infection secondaire sont les plus dangereuses. Quelques épidémies célèbres nous ont permis de constater que la mortalité s'était élevée à 20 et 30 %. Encore faut-il noter que ces épidémies eurent lieu à une époque, où la véritable pathogénie était inconnue et que cette ignorance mettait les médecins dans l'impossibilité de donner à leurs malades, les soins prophylactiques dont ils eussent retiré les meilleurs avantages.

Il nous est très difficile de donner une statistique exacte, faisant bien sentir le peu de gravité de la coqueluche, évoluant çà et là dans un quartier, dans une ville. Ce travail est même rendu impossible par le défaut de documents. Aussi sommes-nous obligé de nous en

remettre à ce que nous disent ceux qui se sont trouvés à la tête de dispensaires ou d'asiles.

M. le docteur Comby, établissant une comparaison entre l'hôpital Trousseau et l'Asile de la Villette, qu'il eut l'honneur de diriger pendant onze ans, nous dit qu'il donna ses soins à 1.200 coquelucheux et que la *mortalité* ne dépassa pas 1 % (1).

Au Dispensaire de Belleville, M. le docteur Variot enregistra également une *mortalité* de 1 %.

M. Barré (2) dans sa thèse inaugurale nous parle des coquelucheux en traitement à l'asile de Nantes. Là encore la *mortalité* ne dépassa pas 1 %.

Ces trois statistiques nous paraissent pleines d'intérêt, car elles nous permettent d'en déduire le pronostic de la coqueluche évoluant en dehors de l'hôpital. En effet, si dans ce milieu, où on n'a pas à craindre l'infection nosocomiale, mais où les enfants ne sont pas à l'abri des dangers des agglomérations, le coefficient de mortalité ne s'élève pas au-dessus de 1%, on peut conclure qu'il n'en sera pas autrement en ville où les conditions sont meilleures.

M. Dallaz, de Bordeaux, semble réagir contre cette opinion, lorsqu'il dit : « La coqueluche est donc une maladie essentiellement meurtrière, les statistiques le prouvent éloquemment. » Combien ce tableau paraît

(1) COMBY. — *Société médicale des Hôpitaux*, 8 mars 1895.

(2) BARRÉ. — *Thèse*, Paris, 1898.

sombre et surtout quelque peu inexact (1)! Nous avons lu la thèse de M. Dallaz et nous avons remarqué que sa statistique est surtout constituée par un volumineux nécrologe, pour lequel il n'a pas établi le coefficient de mortalité et la part de l'hôpital. Car s'il est absolument certain que, dans le milieu hospitalier, la coqueluche est très meurtrière, il est excessif de prétendre qu'en clientèle l'issue fatale est souvent à redouter.

Cette étude que nous venons de faire nous a paru indispensable, pour démontrer la gravité exceptionnelle de la coqueluche hospitalisée.

(1) DALLAZ. — *Thèse*, Bordeaux, 1892.

CHAPITRE II

Les enfants que l'on reçoit à l'hôpital sortent à peu près tous de la classe pauvre. Ils sont débilités, anémiés. Leurs parents, souvent malades, parfois alcooliques ou tarés, les ont élevés dans la misère. Ils arrivent donc dans de très mauvaises conditions et sont aptes à contracter facilement toutes les affections contagieuses.

Le petit malade tousse-t-il, on le met en observation dans une salle quelconque et bientôt on s'aperçoit qu'il a la coqueluche. Il est trop tard, car déjà il a contaminé ses voisins. On devrait alors l'isoler, le mettre dans l'impossibilité de propager sa maladie. Mais l'exiguité des locaux force le médecin à réunir dans des salles peu spacieuses tous les enfants atteints. Le cube d'air, que devrait avoir chaque coquelucheux, est réduit au minimum et il n'est pas rare de voir, en temps d'épidémie, dix et quinze enfants respirer l'air confiné et insuffisant

d'une même salle. Que nous sommes loin du cube d'air réclamé par M. le docteur Comby (1).

Et en plus des conditions du jeune âge, de la faiblesse originelle, il faut encore compter avec l'allaitement artificiel. Il est en effet de toute évidence, que la suppression du sein est une cause d'affaiblissement considérable chez l'enfant de sept à huit mois.

Cet encombrement, cette agglomération, que nous rappelions au début de ce chapitre, a du reste été déploré maintes fois par ceux qui dirigèrent des services hospitaliers.

Cadet de Gassicourt disait : « La coqueluche est une affection qu'il faut soigner au dispensaire et non à l'hôpital. »

Hervieux écrivait : « Il ne faut pas avoir longtemps dirigé un service spécialement affecté à une espèce quelconque de maladie infectio-contagieuse, pour savoir que la réunion d'un nombre même relativement assez restreint de sujets atteints de cette maladie expose ces derniers aux conséquences les plus redoutables que puisse comporter le mal dont il s'agit. »

Et plus tard, notre maître, M. le professeur Hutinel ajoutait : « L'agglomération des enfants augmente la virulence des germes, le nombre, la gravité des infections (2). »

(1) COMBY. — *Société médicale des Hôpitaux*, 8 mars 1895.

(2) HUTINEL. — *Presse Médicale*, 10 mai 1897.

Mais là n'est pas encore l'inconvénient le plus grand.

Nous admettons, en effet, que l'on dispose de locaux suffisants, pour pouvoir donner à chaque enfant le cube d'air, qui lui est nécessaire. Quelle sera la qualité de cet air ?

Nous ne voulons pas entrer dans de grands détails sur ce sujet. Cependant nous rappellerons quelques expériences qui ont manifestement démontré, que le milieu hospitalier est infecté et très riche en microorganismes.

Quelques années après l'expérience du ballon de verre faite par Pasteur, le docteur Muller eut l'idée d'examiner les enfants qui entraient dans une salle du service de Heubner, local infecté par la diphtérie. Il laissa écouter quelques jours, puis il analysa la salive de 100 enfants, indemnes de toute infection buccale à leur entrée. Il constata 24 fois le bacille de Lœfflers.

Nous-mêmes avons enregistré à l'hôpital des Enfants-Assistés, une preuve de cette infection nosocomiale. L'analyse bactériologique n'a malheureusement pas été faite, mais l'infection n'en est pas moins indéniable. Il s'agissait en effet d'enfants, qui entraient dans une salle du service pour une affection apyrétique ; trois ou quatre jours après, on voyait la température s'élever à 38°, 38°5 quelquefois 39, puis redescendre rapidement et à l'examen, on ne constatait qu'une légère rougeur de la gorge. En un mot infection passagère et de faible intensité,

mais faisant rarement défaut. La conséquence est que l'on notera fréquemment des associations microbiennes. Les infections secondaires qui guettent l'enfant hospitalisé viendront compliquer la coqueluche et souvent on aura à déplorer des broncho-pneumonies.

Nous insisterons peu sur cette complication, devant en montrer les effets terribles en produisant quelques statistiques. Qu'il nous suffise de dire qu'elle est presque toujours absente en clientèle et qu'à l'hôpital la plupart des décès lui sont consécutifs.

Du fait de la promiscuité inévitable, dans laquelle vivent les malades, du fait également des allées et venues du personnel hospitalier, il se peut qu'une épidémie de rougeole, de scarlatine, se glisse insidieusement parmi les coquelucheux. Combien alors le pronostic change !

On n'ignore pas en effet que la coqueluche, associée à une autre maladie, revêt un caractère de gravité considérable.

La maladie intercurrente la plus fréquente est la rougeole. Cette association ne peut étonner, car dans tous les hôpitaux d'enfants il y a constamment des cas de rougeole, et le moindre incident, la moindre imprudence peuvent être la cause de sa propagation.

M. le docteur Comby (1), voulant fixer la mortalité en pareil cas, nous dit avoir soigné, aux Enfants-Malades, 23 rougeoles compliquées de coqueluche. Sur

(1) COMBY. — *Société Médicale des Hôpitaux*, 1889.

ce nombre 10 succombèrent, ce qui nous donne une mortalité de 43,47 %. Nous voulons bien croire qu'il n'en est pas toujours ainsi; cependant il faut toujours s'attendre aux complications les plus graves, en présence de cette double évolution.

La scarlatine et la varicelle plus rarement associées ne sont pas sans présenter de réels dangers.

Quant à la diphtérie, elle est relativement fréquente. Tout coquelucheux est en effet, dans les hôpitaux d'enfants, très exposé à contracter cette affection. Sa gravité était relativement considérable. Sur plus de 200 enfants atteints de coqueluche, Roger (1) nous dit avoir observé 14 fois la diphtérie. Chez neuf enfants la mort eut lieu, soit par diphtérie laryngée ultime (cinq fois), soit par l'intoxication diphtérique plutôt que par asphyxie (quatre fois). Aujourd'hui, grâce aux découvertes du docteur Roux et aux progrès de l'isolement, on voit rarement ces deux affections évoluer ensemble.

Comment ne pas accuser l'hôpital de tous ces méfaits! En clientèle, on a rarement à enregistrer ces complications même dans le milieu indigent. C'est du reste ce que constatait Blache, lorsqu'il disait : « A l'hôpital les affections qui se compliquent, sont la règle et les maladies simples l'exception (2). »

Il est une affection que nous avons voulu étudier un peu plus longuement, dans ses rapports avec la coque-

(1) ROGER. — *Traité des Maladies de l'enfance*, 1883.

(2) BLACHE. — *Relation d'une épidémie de coqueluche*, 1867.

luche ; nous voulons parler de la tuberculose. Entre toutes les maladies intercurrentes, c'est de beaucoup la plus grave.

Et d'abord, distinguons la tuberculose, que nous appellerons primitive, de celle qui est consécutive à la coqueluche.

« Rachitisme, scrofule, tuberculose, défaut de nourriture appropriée sont bien souvent l'apanage de la population infantile admise dans nos hôpitaux, » disait Blache. C'est donc un fait relativement fréquent de voir des enfants tuberculeux contracter la coqueluche. Chez eux l'évolution de cette diathèse deviendra rapidement alarmante. En effet ces êtres chétifs entre tous ne peuvent résister et succombent pour la plupart ; on pourrait même dire que l'issue fatale est la règle.

Parfois ils sont seulement en puissance de tuberculose, elle est en eux à l'état latent et le moindre incident qui les met dans un état de *locus minoris resistentiæ*, fait évoluer cette bacillose. Les complications broncho-pulmonaires sont fréquentes et exceptionnellement dangereuses. Les statistiques nous démontrent éloquemment combien il faut redouter cette affection.

Souvent cependant, le coquelucheux n'est pas bacillaire à son entrée à l'hôpital. Mais l'intensité et la fréquence des quintes de toux, la durée de la bronchite, l'influence néfaste de l'infection nosocomiale ont raison de la vitalité de son organisme et il meurt de tuberculose, après s'être épuisé dans une lutte inégale. Cette

tuberculose secondaire, si on peut ainsi l'appeler, est assez fréquente et à chaque épidémie hospitalière on peut en constater quelques cas. Cette bacilliose présente quelques caractères spéciaux sur lesquels Barthez et Rilliet ont insisté. « La tuberculisation, disent-ils, est loin d'être rare à la suite de la coqueluche ; c'est d'ordinaire dans sa troisième période qu'elle se développe. Dans la grande majorité des cas, elle est concentrée dans les poumons ou dans les ganglions bronchiques, ou tout au moins elle prédomine dans ces deux organes (1). » C'est donc, semble-t-il, une forme de bacilliose atténuée et assurément moins grave que la tuberculose aiguë, notée très rarement en pareil cas. Le pronostic n'en est pas moins très aggravé du fait de cette évolution collatérale.

Nous retrouverons dans les statistiques que nous produirons les effets désastreux de cette complication, ce qui nous permet de ne pas insister davantage.

Il nous reste à dire un mot de la syphilis. Nous n'étonnerons personne en constatant sa fréquence dans la classe pauvre. La résistance qu'opposent les syphilitiques héréditaires à l'invasion de la coqueluche, nous la devinons. Ces enfants ont déjà beaucoup de peine à vivre et ils subissent leur maladie, plutôt qu'ils ne luttent contre elle. Leurs moyens de résistance sont bien minimes et ils viennent la plupart du temps ajouter leur nom au nécrologe de la coqueluche.

(1) RILLIET et BARTHEZ. — *Traité des maladies des enfants*.

Avant de clore ce chapitre, nous avons cru indispensable de parler de deux complications, les convulsions et les hémorrhagies, qui doivent parfois au milieu hospitalier d'être plus fréquentes. « En effet, ainsi que nous le dit Roger (1), elles se présentent dans deux conditions différentes ; tantôt dans le cours d'une coqueluche intense, mais non compliquée (je ne les ai jamais vues marquer le début d'une coqueluche simple) ; tantôt et le plus souvent, elles se montrent à la fin d'une coqueluche compliquée dont elles précipitent le terme fatal. » Et Roger ajoute que cependant il ne faudrait pas croire à son extrême fréquence à l'hôpital, attendu que sur 431 coquelucheux il n'a noté que 15 fois des convulsions. Il en a été à peu près de même pour les hémorrhagies. « Sur 431 coquelucheux ajoute-t-il, j'ai noté 2 cas d'épistaxis répétées ; — 2 d'épistaxis simulant des hémoptysies ; — 4 de stomatorrhagies qui simulaient également des hémoptysies ; — 4 faits d'ecchymose sous-conjonctivale ; — 2 de purpura dont 1 avec hématurie. En tout 14 cas intéressants d'hémorrhagie. »

Telles sont les conditions dans lesquelles évolue la coqueluche à l'hôpital. Elles sont déplorables. Tout semble en effet conspirer contre la guérison du petit malade. Soustrait à l'allaitement, anémié et affaibli de par son origine, cet être chétif se trouve placé dans un milieu étroit, incomplètement aéré, souvent infecté. Les

(1) ROGER. — *Traité des maladies de l'enfance*, tome II.

allées et venues du personnel hospitalier lui apportent parfois des germes nouveaux. Dans cette lutte inégale, souvent il succombe.

Le pronostic est donc très sombre. Et à ce sujet, qu'il nous soit permis de citer les paroles prononcées par M. Comby à la *Société médicale des hôpitaux*, alors qu'on discutait de la gravité de la coqueluche et de celle de la scarlatine : « La coqueluche au contraire présente à l'hôpital une mortalité effrayante, due presque entièrement à la broncho-pneumonie ; cette mortalité s'est élevée dans le service de M. Roger à l'hôpital des Enfants-Malades à 44 pour 100.

« A cette statistique affligeante de la coqueluche hospitalisée, je puis opposer une statistique prise en ville, dans la même clientèle indigente.

« Au dispensaire pour enfants de la Villette, j'ai soigné, depuis six ans, un très grand nombre de coqueluches et pour les quatre dernières années au moins, je possède des relevés exacts : 310 cas m'ont donné 5 morts (une par méningite tuberculeuse, une par tuberculose pulmonaire, une par croup, deux par broncho-pneumonies) soit une mortalité de 1 1/2 %.

« Ne suis-je pas en droit de dire après cela, que la coqueluche traitée à l'hôpital ou dans une polyclinique, n'est pas grave ? On ne meurt pas de la coqueluche, on meurt de broncho-pneumonie infectieuse ou de tuberculose, c'est-à-dire de complications étrangères, à la maladie primitive et provenant du milieu hospitalier (1). »

(1) COMBY — *Société médicale des Hôpitaux*, 1889.

CHAPITRE III

Nous omettrons de parler des différentes épidémies, qui ont sévi en Europe durant les derniers siècles. Les renseignements que nous possédons sur elles, ne nous permettent pas de faire la part de l'hôpital. Nous constaterons seulement qu'elles furent très meurtrières.

Dans un article de la *Gazette Médicale de Paris*, M. le docteur Constant nous parle d'une épidémie, qui se déclara en 1836 à l'Hôpital des Enfants (1). Il nous dit avoir noté 28 cas de coqueluche ; cinq enfants moururent peu de jours après leur entrée, 12 succombèrent ensuite.

Ce qui finalement lui donna un coefficient de 60,70 %

Le docteur Blache, médecin du même hôpital nous dit (2) qu'il reçut dans son service, au commencement de l'hiver 1867, 69 coquelucheux : 38 filles et 31 garçons. 26 furent emportés par des complications. La broncho-

(1) CONSTANT. — *Gazette Médicale de Paris*, 1836.

(2) BLACHE. — *Relation d'une épidémie de coqueluche*.

pneumonie fut de beaucoup la plus fréquente, puisque, sur les 28 décès, 18 lui furent imputés. La *mortalité* s'éleva donc jusqu'à 34,8 %. Et Blache ajoutait très judicieusement, que, parmi ceux qui furent sauvés, quelques-uns quittèrent l'hôpital incomplètement guéris.

M. le docteur Königer, dans un article du *Berliner Klin. Wochenschrift* (1), nous parle d'une épidémie de coqueluche qui régna à Mausie et à Halsbeck, deux localités du grand duché d'Oldenbourg.

En deux mois et demi, 52 enfants furent admis à l'hôpital, 35 eurent de la broncho-pneumonie et parmi ces derniers 7 seulement survécurent.

Nous trouvons dans le *Traité* (2) d'Henri Roger quelques renseignements que nous croyons utile de donner. « Dans 68 cas sur 431, nous dit-il, la pyrexie fut compliquée de phlegmasie du poumon (pneumonie et broncho-pneumonie), 51 se terminèrent par la mort, 17 seulement (juste un tiers) par la guérison.

« Pour atténuer (ou plutôt pour augmenter) les tristesses de cette statistique, je rappellerai qu'il s'agit ici, non pas de la mortalité de la ville, mais de celle de l'hôpital, une forte proportion des décès, (plus du tiers) étant due à la contagion nosocomiale ; car sur ces 51 coquelucheux morts de pneumonie, 16 furent surtout victimes de l'in-

(1) KÖNIGER. — *Berliner Klin. Wochenschrift*, 8 mars 1875.

(2) H. ROGER. *Traité des Maladies de l'Enfance*, t. II.

tercurrence d'une seconde maladie contagieuse (3 cas de diphtérie et 16 de rougeole). »

Et il ajoute plus loin : « Si l'on compare la mortalité suivant les années (notre statistique va de 1867 à 1874), on voit que toujours elle fut considérable ; on peut l'évaluer, par approximation, à une moyenne de 40 %, et encore, dans trois années sur sept, cette moyenne a été dépassée. On constate d'ailleurs pour chacune de ces années de grandes variations : les minima ont été 23 et 27 % (dans deux années qui se suivent 1873 et 1874), et les maxima, 45, 50 et même 55 % (dans une période de trois années qui se suivent pareillement). »

Dans un rapport qu'il fit sur la coqueluche, M. le docteur Ollivier nous donne quelques détails, sur la mortalité de cette affection à Paris (1). Nous avons cru intéressant de les rappeler.

Il nous apprend que pendant une période de dix ans de 1880 à 1890, il est mort à Paris 4370 coquelucheux. La statistique municipale n'enregistrant que les décès, il nous est très difficile d'établir le coefficient de la mortalité. A plus forte raison, nous est-il impossible de faire la part de l'hôpital. Malgré cela, on peut conclure que la coqueluche fut, durant ces quelques années, particulièrement grave, et supposer, sans crainte d'erreur, que les enfants hospitalisés furent parmi les plus éprouvés.

Du reste M. le docteur Ollivier nous donne ensuite un

(1) OLLIVIER. La coqueluche à Paris. *Revue des Maladies de l'enfance*, 41 mars 1890.

relevé des cas qui furent enregistrés à l'hôpital des Enfants-Malades de 1880 à 1889 inclusivement. Nous donnons cette statistique dans tous ses détails (1).

Années	Entrées	Décès
1880	109	38
1881	83	37
1882	41	14
1883	129	36
1884	93	39
1885	56	8
1886	96	22
1887	73	21
1888	61	20
1889	100	25
Total. 10	847	252

Ainsi, en 10 ans, 847 enfants furent soignés et on eut à déplorer 252 décès, soit une *mortalité* de 29,21 %. Comment ne pas être effrayé par de pareils résultats, alors qu'en ville, même dans les milieux indigents, on est habitué à considérer la coqueluche comme une affection bénigne !

Nous trouvons encore, dans la *Province Médicale*, une observation de 300 cas de coqueluche, faite par MM. Perret et Givre (2). C'est la relation d'une épidémie, qui régna à Lyon en 1892. Elle fut spécialement meurtrière. En effet sur les 300 enfants qui furent atteints, 55 succombèrent, ce qui donne un *coefficient*

(1) OLLIVIER. — *Revue des maladies de l'enfance*, 1890.

(2) *Province Médicale*, 1892.

de mortalité de 25 %. Comme toujours, les enfants de 2 à 4 ans furent les plus touchés.

Si nous pénétrons plus avant dans le détail de cette observation, nous remarquons que les complications furent très fréquentes et exceptionnellement dangereuses.

Complications	Nombre de cas	Décès
Convulsions	14	6
Rougeole intercurrente	19	9
Broncho-pneumonie	48	22
Albuminurie	15	4
Pneumonie caséuse	11	11
Granulie	10	10
Méningite tuberculeuse	4	4
Rachitisme	37	8

Le chiffre total de ces décès donne une mortalité supérieure à celle que nous avons énoncée au début. Mais MM. Perret et Givre ont tenu à isoler les différentes complications, afin de bien montrer leur gravité respective et il est bien évident, qu'un certain nombre de ces enfants ont succombé à l'association de plusieurs de ces complications. Beaucoup de tuberculeux étaient rachitiques et bien des broncho-pneumonies sont devenues des pneumonies caséuses.

Ce qu'il faut retenir de cette statistique, c'est que la broncho-pneumonie et la tuberculose sont les deux facteurs les plus importants de la gravité exceptionnelle de la coqueluche à l'hôpital.

M. le docteur Comby (1), lorsqu'il prit la succession du docteur Legroux à l'hôpital Trousseau, trouva dans son service 16 malades atteints de coqueluche. 14, nous dit-il, furent touchés par l'infection nosocomiale et 5 moururent; proportion considérable puisqu'elle donne une *mortalité* de 31,25 %.

De tels résultats ne peuvent étonner, quand on connaît l'hôpital Trousseau. Les conditions indispensables pour mener à bien cette affection faisaient et font encore absolument défaut. Les salles étaient relativement petites, encombrées, mal éclairées, mal aérées. Elles contenaient chacune 7 à 8 lits au minimum; chaque enfant disposait à peine du cube d'air qui lui était nécessaire. Et quelquefois même il n'en était pas ainsi. Que les entrées fussent en effet plus nombreuses, on était obligé d'entasser tous ces petits malades dans ces mêmes salles, dont l'atmosphère devenait de plus en plus viciée. Les résultats étaient déplorables et l'administration s'est enfin décidée à réaliser les nombreuses améliorations, réclamées avec tant d'insistance par les médecins des hôpitaux. Trousseau est dès aujourd'hui désaffecté et trois autres hôpitaux d'enfants ouvriront bientôt.

M. le docteur Roger, médecin du service d'isolement d'Aubervilliers, passant en revue les différentes maladies qu'il eut à soigner durant le cours de l'année 1899, nous dit à propos de la coqueluche : « Sur 22 enfants

(1) COMBY. — La coqueluche à l'hôpital Trousseau. *Société médicale des Hôpitaux*, 1895.

ayant moins de 2 ans, 10 ont succombé, 4 sont morts de broncho-pneumonie, 4 de tuberculose généralisée, 2 ont été emportés par des convulsions sans que l'autopsie ait révélé de lésions spéciales. La *mortalité* chez ces jeunes enfants a donc dépassé 20 %.

« Les autres malades, au nombre de 23, comprenaient 20 enfants de 2 à 5 ans, 2 enfants de 6 et 12 et une femme de 28 ans. Ils ont tous guéri. Cependant, parmi les enfants, cinq furent atteints de broncho-pneumonie; nous avons également vu survivre un enfant de neuf mois atteint simultanément de coqueluche et de diphtérie (1). »

Aux Enfants-Malades les choses ne se passaient pas autrement, jusqu'à ces dernières années. Archambault le constatait lui-même lorsque il disait en 1880 : « On y meurt de la maladie qu'on y prend et non de la maladie pour laquelle on y est entré. »

Mais en 1896 on créa dans cet hôpital un service de douteux dont la direction fut confiée à M. le docteur Moizard. On y reproduisit en partie, le système employé déjà aux Enfants-Assistés.

M. le docteur Vialle (2), dans sa thèse inaugurale, après avoir décrit les nouveaux pavillons du service de son maître M. Moizard, nous donne un aperçu des différentes maladies contagieuses qui y furent traitées de 1896 à 1900. De cette statistique, nous ne retiendrons que ce qui a trait à la coqueluche. Durant cette période,

(1) ROGER. — *Revue de Médecine*, mai 1900.

(2) VIALLE. — *Thèse*, Paris, 1900.

nous dit-il, nous eûmes 246 enfants atteints de coqueluche, 20 eurent en même temps la rougeole, 10 la varicelle, 64 contractèrent la broncho-pneumonie, et malgré les soins prodigués on enregistra une *mortalité* de 27 %.

Ainsi, malgré l'amélioration qui consistait dans la création de ce service de douteux, malgré l'isolement dans lequel on mettait les enfants dès leur entrée à l'hôpital, la mortalité a été très considérable.

Il est juste néanmoins d'ajouter que pour la rougeole et les autres affections contagieuses, on a retiré, de ces modifications dans l'hygiène hospitalière, des avantages sérieux et probants.

Cela ne démontre pas moins surabondamment combien la coqueluche a été, est et sera toujours meurtrière à l'hôpital.

Il nous a paru intéressant, à nous, qui avons eu l'honneur de passer toute une année dans le service de M. le professeur Hutinel, aux Enfants-Assistés, de rechercher, si dans ce milieu qui devrait être le même, les résultats n'ont pas été sensiblement meilleurs.

CHAPITRE IV

Et tout d'abord, dans quelle classe de la population parisienne recrute-t-on les malades de l'hôpital des Enfants-Assistés ? Toujours dans la classe indigente. Ou bien les parents sont malades à l'hôpital et ils nous donnent leurs enfants en dépôt, ou bien il les abandonnent à l'Assistance publique et lui laissent le soin de les nourrir et de les élever. Ces derniers enfants deviennent seuls propriété de l'Assistance, les premiers étant rendus à leur famille, dès qu'elle en fait la demande. Les conditions du terrain ne sont donc pas meilleures que dans les autres hôpitaux, on pourrait même dire, que souvent, elles sont plus mauvaises ; nous recevons en effet en plus des chétifs, des rachitiques et des anémiés, un grand nombre de nouveau-nés et souvent même des prématurés. Vu les difficultés qu'ils ont déjà à vivre, ces enfants n'offrent aucune résistance et sont une porte d'entrée toujours ouverte aux infections. Nous reconnaitrons toutefois, qu'admis à l'Assistance, ils ont beau-

coup moins que les autres à souffrir du froid et des privations de toute sorte, mais nous n'oublierons pas non plus, qu'ils sont plus exposés du fait même de l'agglomération.

Avant de parler du milieu hospitalier et des améliorations apportées à ce milieu même par M. le professeur Hutinel, nous allons donner en détail le relevé des cas de coqueluche, qui se sont produits aux Enfants-Assistés de 1890 à 1900 inclusivement.

Année 1890

ENTRÉES		AGE	DÉCÈS
Filles.	Garçons	1 an, 4	2
30	22	2 ans, 8	
		3 ans, 8	
		4 ans, 13	
		5 ans et au-dessus, 17	
Total.....		52	2
<i>Mortalité : 3,26 %.</i>			

Année 1891

ENTRÉES		AGE	DÉCÈS
Filles.	Garçons	1 an, 7	3
32	16	2 ans, 8	
		3 ans, 3	
		4 ans, 8	
		5 ans et plus, 22	
Total.....		48	3
<i>Mortalité : 6,24 %.</i>			

Année 1892

ENTRÉES	AGE	DÉCÈS
Filles. Garçons	1 an, 13	6
62 38	2 ans, 23	
	3 ans, 28	
	4 ans, 18	
	5 ans et au-dessus, 18	
Total... 100	100	6
<i>Mortalité 6 %.</i>		

Année 1893

ENTRÉES	AGES	DÉCÈS
Filles. Garçons	1 an, 2	1
37 14	2 ans, 3	
	3 ans, 17	
	4 ans, 10	
	5 ans et au-dessus, 19	
Total.... 51	51	1
<i>Mortalité 1,96 %.</i>		

Année 1894

ENTRÉES	AGE	DÉCÈS
Filles. Garçons	1 an, 9	1
27 16	2 ans, 6	
	3 ans, 21	
	4 ans, 3	
	5 ans et au-dessus, 4	
Total.... 43	43	1
<i>Mortalité : 2,32 %.</i>		

Année 1895

ENTRÉES	AGE	DÉCÈS
Filles. Garçons	1 an, 12	2
54 37	2 ans, 22	
	3 ans, 35	
	4 ans, 11	
	5 ans et au-dessus, 12	
Total.... 91	91	2
<i>Mortalité : 2,10 %.</i>		

Année 1896

ENTRÉES	AGE	DÉCÈS
Filles. Garçons	1 an, 14	8
46 49	2 ans, 27	
	3 ans, 25	
	4 ans, 15	
	5 ans et au-dessus, 14	
Total.... 95	95	8
<i>Mortalité : 8,42 %.</i>		

Année 1897

ENTRÉES	AGE	DÉCÈS
Filles. Garçons	1 an, 9	4
47 28	2 ans, 24	
	3 ans, 14	
	4 ans, 13	
	5 ans et au-dessus, 15	
Total.... 75	75	4
<i>Mortalité : 5,33 %.</i>		

Année 1898

ENTRÉES	AGE	DÉCÈS
Filles. Garçons	1 an, 10	5
60 45	2 ans, 29	
	3 ans, 16	
	4 ans, 19	
	5 ans et au-dessus, 31	
Total... 105	105	5

Mortalité : 4,76 %.

Année 1899

ENTRÉES	AGE	DÉCÈS
Filles. Garçons	1 an, 2	2
66 32	2 ans, 18	
	3 ans, 22	
	4 ans, 25	
	5 ans et au-dessus, 21	
Total... 98	98	2

Mortalité : 2,04 %.

Année 1900

ENTRÉES	AGE	DÉCÈS
Filles. Garçons	1 an, 4	3
35 32	2 ans, 14	
	3 ans, 15	
	4 ans, 19	
	5 ans et au-dessus, 15	
Total... 67	67	3

Mortalité : 4,47 %.

Si nous résumons, en quelques mots, les résultats fournis par cette statistique, nous constatons que, pendant une période de 11 ans, 825 coquelucheux ont été soignés à l'hôpital des Enfants-Assistés.

Nous avons cru intéressant de classer les sexes, car il a été beaucoup écrit sur la prédisposition, à cette maladie, du sexe féminin. A ce point de vue, notre statistique est à peu près normale, puisqu'elle nous donne une proportion plus grande de sujets appartenant à ce sexe : 496 filles et 329 garçons. Ainsi qu'on a pu le voir, la coqueluche a été plus fréquente chez les enfants de 2 à 4 ans, ce qui est encore normal. Chez eux également elle a présenté une gravité toute spéciale et nous n'avons pas eu à déplorer de décès chez les enfants ayant dépassé 6 ans.

Le chiffre total des décès a été de 35, ce qui nous donne une *mortalité* totale de 4,36 %.

Ce résultat surprendra peut-être, si on se rappelle le coefficient de mortalité enregistré dans les autres hôpitaux. Et cependant nous devons encore ajouter que certaines années nous ont donné des résultats meilleurs, ainsi que le démontrent les chiffres produits.

Nous ne croirions pas avoir rempli complètement notre tâche, si nous ne donnions plus en détail les véritables causes des décès que nous venons d'enregistrer. Pour cela nous avons groupé les différentes complications intervenues.

Complications	Nombre de cas	Décès
Rougeole intercurrente	85	6
Scarlatine	16	2
Varicelle.....	34	0
Broncho-pneumonie	65	17
Syphilis.....	4	2
Tuberculose.....	10	7
Hydrocéphalie	1	1
	215	35

De toutes ces complications, nous n'en retiendrons que quelques-unes.

La rougeole a été de beaucoup la plus fréquente, puisque 85 fois elle est venue compliquer la coqueluche. Il est juste d'admettre aussi que, souvent, c'est le contraire qui s'est produit. Quoiqu'il en soit, la mortalité n'a pas été très considérable, vu la fréquence et la gravité des complications pulmonaires. Sur 85 enfants atteints, 6 ont en effet succombé, ce qui ne nous donne qu'une *mortalité* de 7,05 %.

La broncho-pneumonie, relativement rare, a été assez grave, 65 coquelucheux ont été touchés par l'infection nosocomiale, qui, aux Enfants-Assistés, est déjà très atténuée et nous dirons pourquoi ; 17 ont succombé, soit un *coefficient de mortalité* de 26,15 %. On comprend après cela que l'on ait pu ranger la coqueluche hospitalière parmi les affections les plus dangereuses de l'enfance.

Dans notre chapitre sur les rapports de la tuberculose avec la coqueluche, nous avons insisté sur les effets

désastreux de leur évolution collatérale, nous réservant d'en montrer plus tard les résultats. La statistique des Enfants-Assistés est suffisamment éloquente pour nous dispenser d'insister. Qu'il nous suffise de dire que de 1890 à 1900, 10 enfants tuberculeux contractèrent la coqueluche, 7 succombèrent, parmi lesquels 2 de méningite tuberculeuse.

Nous ne dirons qu'un mot de la syphilis ; 4 fois elle évolua concurremment avec la coqueluche ; 2 fois on eut à enregistrer l'issue fatale.

Ainsi l'analyse de cette statistique nous démontre amplement qu'à l'hôpital des Enfants-Assistés la coqueluche n'a point présenté, durant cette période de 11 années, le caractère de gravité exceptionnel, que nous avons noté dans tous les hôpitaux de Paris. Or, nous savons que les sujets atteints étaient fournis par le même milieu.

Le terrain étant le même, l'hôpital étant toujours l'hôpital, le traitement, et par là, nous entendons les soins prophylactiques et l'hygiène, ont seuls pu modifier le pronostic. C'est ce que nous allons tâcher d'exposer.

CHAPITRE V

L'hôpital des Enfants-Assistés, recevant à chaque instant des enfants dont il ne connaît pas la provenance, a été obligé de créer un service spécial, où on pût les recevoir et les tenir en observation. Il était en effet prudent de ne pas les mêler avec les autres, alors qu'ils pouvaient être en puissance d'affection contagieuse. On donna à ce local le nom de lazaret.

C'est en 1886 qu'il fut édifié, et depuis ce service a été heureusement modifié par M. le professeur Hutinel.

A sa création, le lazaret était composé de plusieurs grandes salles, où, pendant quelques jours, on gardait les entrants. Aujourd'hui et déjà depuis quelques années le service est composé de boîtes vitrées, de deux, trois ou quatre lits, dans lesquels les petits malades jouissent des bienfaits de l'isolement presque individuel et des avantages de la vie en commun. Les salles sont très gaies et laissent aux enfants isolés l'illusion qu'ils vivent avec leurs voisins.

Ainsi, tous les enfants abandonnés ou mis en dépôt à l'Assistance, sont dès leur entrée, admis au lazaret. Là on les divise suivant leur âge et on les isole dans les boxs. On ne les laisse définitivement quitter le service que quinze jours plus tard. Si, durant cette période de temps, on n'a constaté aucun phénomène qui pût permettre de soupçonner une affection quelconque, on les envoie les uns (âgés de moins de deux ans) à la Crèche, les autres (de 2 à 6 ans) à Thiais (1), et enfin, ceux plus âgés en division.

Ceux au contraire, qu'on reconnaît être en incubation ou en état de maladie (rougeole, scarlatine, coqueluche, etc.,) sont dirigés sur les pavillons réservés à chaque affection contagieuse.

Il est de toute évidence que les enfants arrivant à l'hôpital en pleine éruption de rougeole ou de scarlatine, ou alors que les quintes de coqueluche ont déjà apparu, ne passent pas par le Lazaret et sont immédiatement transportés dans les services spéciaux.

Cette mesure, nécessaire dans un milieu aussi disparate et tellement hétérogène, permet l'isolement des contagieux dès le début, et elle a eu des effets très salutaires surtout dans l'affection qui nous intéresse. On sait en effet combien rapidement la coqueluche se propage.

Mais admettons que, malgré les soins prophylactiques

(1) Thiais, petite propriété que possède l'Assistance publique dans les environs de Paris.

dont on entoure les malades, on ait à déplorer une épidémie de coqueluche. Que faisait-on, que fait-on actuellement à l'hôpital des Enfants-Assistés pour tâcher d'enrayer sa propagation et de diminuer sa mortalité ?

Nous ne ferons aucune distinction entre le passé et le présent, car M. le professeur Hutinel, depuis qu'il dirige le service, a toujours prescrit le même traitement, la même prophylaxie.

Avant que le diagnostic puisse être posé, alors que l'enfant est fatigué, tousse, a simplement de la bronchite, on l'isole. Qu'il soit en division ou au lazaret, dès que ces phénomènes se produisent, on l'envoie au pavillon des douteux.

Ce local, situé loin des autres bâtiments, est bien propre à recevoir les enfants en puissance d'infection. Il est composé en effet de quatre salles vitrées, très élevées et éclairées par de grandes fenêtres. Chacune d'elles contient 4 lits, excepté celle de l'extrémité du pavillon qui n'a que deux lits.

Elles reçoivent à profusion l'air et la lumière, deux facteurs très importants, surtout pour l'amélioration des coquelucheux.

L'hygiène est donc suffisante et le petit malade peut attendre, sans crainte de contaminer un grand nombre de ses voisins, que son affection se dessine plus nettement. Car aussitôt l'apparition d'une éruption, d'une quinte de toux coqueluchiale, on le retire de ce milieu relativement indemne de toute infection, pour le diriger sur le

pavillon spécial qui convient au genre de maladie dont il souffre.

Dans le cas qui nous occupe, on a donc envoyé le jeune malade dans le service des coquelucheux.

Ce service a changé bien des fois dans le cours de ces onze années. De 1892 à 1898, on reçut les coquelucheux dans des pavillons qui depuis ont été affectés à la rougeole. Nous ne parlerons pas de leur installation. M. Gannelon (1) en a fait une description complète dans sa thèse inaugurale. Nous nous contenterons de rappeler qu'ils furent une heureuse innovation. Depuis, dans beaucoup d'hôpitaux, on en a créé de semblables et on oublie quelquefois, que les types primitifs furent ceux des Enfants-Assistés.

Depuis deux ans, on a transporté le service des coquelucheux, dans des salles spacieuses, également bien aérées, qui avoisinent les salles de médecine du premier étage. Dans ce local, les lits sont peu nombreux et chaque enfant possède le cube d'air qui lui est si indispensable pour guérir.

L'aération étant bien faite, l'encombrement n'étant pas à craindre, l'hygiène hospitalière en un mot laissant fort peu à désirer, on comprend déjà, que nous ayons pu enregistrer des résultats si différents de ceux des autres hôpitaux de Paris.

Cependant l'infection nosocomiale, plus légère et plus

(1) GANNELON. — *Thèse*, Paris, 1892.

rare il est vrai, du fait de la désinfection des locaux, du fait aussi des irrigations antiseptiques absolument indispensables du nez et de la gorge (la bouche et les voies respiratoires étant un excellent milieu de culture), l'infection nosocomiale, disons-nous, est toujours là qui guette le malade. Et ainsi qu'on a pu en juger par notre statistique, elle a été souvent la cause de terribles complications qui, malgré les soins prodigués, ont parfois été mortelles.

C'est en effet, lorsque des infections secondaires se produisent, qu'il faut observer rigoureusement les lois de l'antisepsie et de l'asepsie. C'est pourquoi, dès qu'une infection pulmonaire grave est notée, M. le professeur Hutinel prescrit l'isolement le plus absolu. On retire l'enfant de la salle commune et on le met dans un pavillon spécial, celui de la diphtérie (appellation qui aurait dû être modifiée, car la diphtérie a depuis longtemps disparu de l'hôpital des Enfants-Assistés). Actuellement il ne sert qu'à recevoir les malades atteints de complications graves et en particulier de broncho-pneumonie.

Ce pavillon est divisé en plusieurs salles, deux grandes et spacieuses, possédant de grandes ouvertures et contenant chacune six lits; deux autres chambres sont à 1 lit et c'est là spécialement qu'on peut isoler d'une façon complète les affections particulièrement contagieuses. L'accès de ces deux dernières salles, qui se trouvent aux extrémités du pavillon, est commandé par un escalier particulier, qui permet, lorsqu'on en sort, de ne pas traverser les

autres salles et de ne pas y disséminer les germes infectieux.

Il est de plus bien entendu que si un coquelucheux contracte la rougeole, la scarlatine ou la varicelle, il est immédiatement séparé et envoyé dans le service qui lui convient.

En appliquant très sévèrement cette règle, M. le professeur Hutinel est arrivé à limiter les infections, à les réduire à leur minimum, et quelquefois à en triompher.

Nous ne voulons pas discuter la valeur des différents moyens préconisés pour pratiquer l'isolement chez les contagieux. Cependant nous ne pouvons omettre de parler de quelques systèmes, mis en vigueur dans divers hôpitaux. Nous retiendrons seulement l'isolement collectif et l'isolement individuel.

L'isolement collectif nous paraît présenter certains avantages, car il permet de réunir, dans un même local, tous les enfants atteints d'une même affection contagieuse et de les mettre à l'abri de l'ennui, si fréquent dans l'isolement individuel, mais il laisse aussi tous ces petits malades très exposés aux complications consécutives à l'agglomération. Dans ce milieu la broncho-pneumonie, qu'on doit éviter à tout prix, se développe et se propage facilement.

L'isolement individuel est beaucoup plus sérieux. M. le professeur Grancher l'a inauguré dans son service aux Enfants-Malades. Il enferme tous les contagieux

atteints de complications dans un box, dont les parois sont constituées par un grillage métallique. Ce système a donné des résultats assez heureux dans le traitement de la rougeole et de la scarlatine; il est permis de douter de son efficacité dans la coqueluche. Là, en effet, nous avons à faire à une affection, dont la propagation est excessivement rapide, où il ne suffit plus d'enfermer un malade dans un grillage pour donner l'illusion qu'il n'a rien à craindre de ses voisins ou qu'il n'est pas pour eux une source de contamination.

Aussi malgré les avantages indéniables qu'a donnés ce procédé, au point de vue prophylactique, nous croyons que pour mener à bien la coqueluche, le système d'isolement mis en usage aux Enfants-Assistés, est bien supérieur.

Ce dernier nous permet en effet de réunir dans des chambres voisines les unes des autres, un petit nombre de coquelucheux. Dans le cas où leur maladie se complique, on les isole immédiatement dans une petite salle spéciale. Ainsi les coquelucheux des Enfants-Assistés peuvent jouir des avantages et de l'isolement individuel et de l'isolement collectif.

C'est déjà un grand progrès d'avoir assigné à chacune des maladies contagieuses un territoire défini, il faut aussi le rendre infranchissable.

Pour cela il est de toute nécessité que l'isolement dont nous venons de parler ne soit pas un vain mot et que le personnel hospitalier n'apporte, par ses allées et

venues, les germes nouveaux qu'on tient à éviter. Pour remédier à ces inconvénients, il faut que chaque service ait un personnel propre, qui soit nourri et couché dans une annexe du pavillon et qui ne soit autorisé que très difficilement à pénétrer dans les salles d'un service voisin. M. le professeur Hutinel tient même spécialement à ce que les infirmiers et infirmières, qui soignent les coqueluchoux, ne pénètrent dans les salles, que le plus rarement possible. Quant au personnel, il l'astreint à se munir de toutes les précautions antiseptiques dont nous allons dire un mot. Elèves, surveillantes, infirmiers doivent porter une blouse désinfectée, fréquemment renouvelée et procéder à un lavage antiseptique des mains, toutes les fois qu'ils ont touché un malade. A l'entrée de chaque salle on prend une blouse nouvelle que l'on quitte à la sortie.

C'est ainsi que, en faisant appliquer ces règles avec une rigueur légitime et fructueuse en résultats, M. le professeur Hutinel est parvenu à abaisser le coefficient de mortalité de la coqueluche hospitalisée.

Nous avons tenu à parler en dernier lieu de la désinfection des locaux. Ce chapitre est assurément un des plus importants et mérite une attention toute spéciale.

Il est à l'hôpital des Enfants-Assistés, une loi, à laquelle on ne déroge jamais, et qui devrait être promulguée dans tous les hôpitaux ; c'est la désinfection périodique. M. le professeur Hutinel tient à ce qu'elle soit mensuelle,

c'est-à-dire, que tous les mois on évacue les différentes salles du service et on les désinfecte.

Plusieurs procédés ont été indiqués pour cette désinfection. Les uns se contentent de laver au sublimé les murs, la literie, etc., d'autres se servent d'autre solution antiseptique.

Nous préconisons spécialement le formol, qui, aujourd'hui, est à peu près admis partout. Nous n'insisterons pas sur ce procédé, il est suffisamment connu et répandu, mais nous ferons remarquer que, du fait de cette désinfection mensuelle, l'infection hospitalière est fortement atténuée, et les complications, que l'on craint à juste titre, sont moins fréquentes et surtout moins meurtrières.

Ce ne sont pas là toutes les précautions antiseptiques que prend M. Hutinel, car ces dernières ne sauraient empêcher ou diminuer la contamination journalière.

Aussi dès l'apparition d'une broncho-pneumonie, ou d'une rougeole, ou de quelque autre affection contagieuse, on ne se contente plus d'isoler le contagieux, de mettre en observation ses voisins peut-être déjà en puissance d'infection, on évacue complètement le local et on le désinfecte toujours au formol. De la sorte, on rend cette salle aseptique et quelques jours après on peut y introduire de nouveau des malades.

Ce système est mis en vigueur aussi bien au lazaret et aux douteux que dans tous les services. C'est ainsi

que les infections sont souvent arrêtées dans leur rapide propagation.

L'hygiène des pavillons et des salles des coquelucheux est une chose assez indispensable pour ne pas être passée sous silence. Ceux-ci, largement aérés tous les jours et quand le temps le permet, sont lavés quotidiennement avec une solution de sublimé et balayés étant encore humides, afin de ne pas remuer les poussières, véhicule si commun des germes infectieux.

Nous n'avons pas besoin de dire que les objets servant aux malades (cuillères, fourchettes, couteaux, verres, etc.) sont désinfectés ainsi que les objets de literie et les vêtements.

Tels sont les soins prophylactiques dont ont été et sont encore entourés les coquelucheux dans le service de M. le professeur Hutinel. Nous avons beaucoup insisté sur tous les détails de l'isolement, et les résultats démontrent que, dans le traitement de la coqueluche, de la prophylaxie seule il faut attendre la guérison et sur cette prophylaxie seule nous avons tenu à nous appesantir.

Nous ne voulons cependant pas clore ce modeste travail sans signaler la médication interne usitée en pareil cas.

Bien des substances ont été données aux coquelucheux pour essayer de diminuer et le nombre et l'intensité des quintes de toux. Les différents calmants et antispasmodiques tour à tour ont été conseillés, et actuellement on revient encore à la belladone et au bromure de potassium

ou de sodium. M. le professeur Hutinel prescrit souvent et suivant l'âge quelques gouttes de teinture de belladone et de teinture de Drosera.

Quoiqu'il en soit, malgré l'action indéniable de ces agents thérapeutiques, il faut les tenir pour peu efficaces dans le traitement de la coqueluche, tant qu'on n'aura pas appliqué dans toute leur rigueur les règles les plus sévères de l'antisepsie et de l'hygiène.

CONCLUSIONS

1° La coqueluche est une affection, dont le pronostic est en clientèle généralement bénin. Les statistiques démontrent que dans ce cas le coefficient de mortalité s'élève rarement au-dessus de 1 %. Ce caractère de bénignité est dû aux conditions hygiéniques dans lesquelles évolue cette maladie.

2° A l'hôpital le pronostic est beaucoup plus grave, du fait et de l'affaiblissement originel des sujets, et de l'agglomération et surtout de l'infection nosocomiale. Le relevé de la mortalité des hôpitaux de Paris, nous donne une proportion de 25 à 30 %.

3° Pour l'hôpital des Enfants-Assistés, nous avons établi le chiffre total des cas qui se sont produits de 1890 à 1900. Sur les 825 coqueluches enregistrées nous n'avons à déplorer que 35 décès, soit une mortalité de 4,36.

4° La tuberculose et la broncho-pneumonie ont été comme toujours les principales causes de l'issue fatale.

5° On peut sans cause d'erreur, attribuer les résultats obtenus aux améliorations réalisées dans son service par M. le professeur Hutinel. L'aménagement plus confortable du lazaret, sa division en boîtes vitrés et bien aérés, l'isolement immédiat et spécial des enfants atteints de complications, la désinfection mensuelle et celle consécutive à toute infection, les précautions antiseptiques auxquelles est tenu le personnel hospitalier, enfin l'hygiène des pavillons sont les plus importantes. Leur réalisation est indispensable dans tout service affecté aux coquelucheux.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE.
HUTINEL.

Vu : LE DOYEN,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer, A C
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ARCHAMBAULT. — De la coqueluche. *Progrès Médical*, 1886.
- BLACHE. — Relation d'une épidémie de coqueluche 1867.
- COMBY. — *Traité des maladies de l'enfance*. — La coqueluche à l'hôpital Trousseau. *Société Médicale des Hôpitaux*, 1895. — *Société Médicale des Hôpitaux*, 1889.
- CONSTANT. — Relation d'une épidémie de coqueluche. *Gazette médicale de Paris*, 1836.
- DALLAZ. — *Thèse*, Bordeaux, 1892.
- DANIEL MACLEAN. — *The Glasgow Medical Journal*, November 1872.
- D'ESPINE et PICOT. — *Manuel pratique des Maladies de l'Enfance*, 1877.
- FRENKEL. — *Thèse*, Paris, 1898.
- HUTINEL. — *Presse Médicale*, 10 mai 1897.
- GANNELON. — *Thèse*, Paris, 1892.
- GRANCHER. — *Bulletin Médical*, 1889.
- GRÉZES. — *Thèse*, Paris, 1896.
- KOURLOW. — *Wratch*, n° 3, 1896.
- KÖNIGER. — *Berliner Klin. Wochenschrift*, 8 novembre 1875.
- MARFAN. — *Traité des Maladies de l'Enfance*. — Traitement de la coqueluche. *Médecine Moderne*, 11 mars 1898.
- MEYER. — *Thèse*, Paris, 1841.
- OLLIVIER. — La coqueluche à Paris. *Revue des Maladies de*

l'Enfance, mai 1890. — Origine et nature de la coqueluche. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, mai 1888.

PERRET et GIVRE. — Note clinique sur 300 cas de coqueluche, *Province Médicale*, 28 mai.

HENRI ROGER. — *Recherches cliniques sur les maladies de l'Enfance*, t. 1, Paris, 1871.

ROGER. — *Revue de Médecine*, 1900

TROUSSEAU. — *Clinique Médicale*, t. II.

VARIOT. — *Journal de clinique infantile*, 22 mars 1892.

VIALLE. — *Thèse*, Paris, 1900.



BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE F. DEVERDUN.
